

福祉医療費領収証明書（個票）の提出について（保険薬局）

《提出する様式》

①福祉医療費紙媒体送付書資料 No.1

②領収証明書送付書資料 No.2

③福祉医療費領収証明書資料 No.3

《記入例及び記載要領》

①福祉医療費紙媒体送付書資料 No.4

②領収証明書送付書資料 No.5

③福祉医療費領収証明書資料 No.6

④コード表

⑤記載要領

《綴じ方》

①領収証明書（個票）の綴じ方資料 No.7

平成 年 月 日

平成 年 月送付分 福祉医療費紙媒体送付書

三重県国民健康保険団体連合会 様

住 所 〒 —

名 称

電話番号 — —

医療機関コード
点数表区分	医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 訪問看護
療養費区分	柔整 ・ 鍼灸 ・ マッサージ
提出方法	領収証明書 ・ 領収証明一覧表

※ 該当する点数表区分又は療養費区分及び提出方法を○で囲んでください。

《内訳》

市町 コード	市町名	証明件数	決定件数 ※連合会使用欄	市町 コード	市町名	証明件数	決定件数 ※連合会使用欄	
001	津市	件	件	053	木曾岬町	件	件	
002	四日市市	件	件	056	東員町	件	件	
003	伊勢市	件	件	059	菰野町	件	件	
004	松阪市	件	件	061	朝日町	件	件	
005	桑名市	件	件	062	川越町	件	件	
007	鈴鹿市	件	件	076	多気町	件	件	
008	名張市	件	件	077	明和町	件	件	
009	尾鷲市	件	件	078	大台町	件	件	
010	亀山市	件	件	081	玉城町	件	件	
011	鳥羽市	件	件	090	度会町	件	件	
012	熊野市	件	件	103	御浜町	件	件	
014	いなべ市	件	件	104	紀宝町	件	件	
015	志摩市	件	件	107	大紀町	件	件	
016	伊賀市	件	件	108	南伊勢町	件	件	
				109	紀北町	件	件	
						合 計	件	件

※ 市町別証明件数をご記入ください。

医 療 機 関 コ ー ド									
県番号		区分	地区コード		連 番			CD	

領 収 証 明 書 送 付 書

平成 年 月 日

市(町)長 様

所 在 地 〒 —

医療機関等 名 称

開設者氏名

電 話 — —

福祉医療費助成制度の対象となる者の領収証明書を下記のとおり送付いたします。

市 町 コ ー ド			
送 付 月		平成	年 月
証 明 件 数			件
内 訳	障 が い 者		件
	一 人 親 家 庭 等		件
	子 ど も		件
	そ の 他 1 (※ 1)		件
	そ の 他 2 (※ 2)		件
郵 送 料			円

※ 1 その他 1 (伊勢市一寡婦、紀宝町一老人)

※ 2 その他 2 (津市一妊産婦・精神障害者、御浜町一寡婦、紀宝町一寡婦)

※証明書料件数欄	
	件

第5号様式(第6号様式併用)

福祉医療費領収証明書				
市(町)長 様		(福祉医療費助成申請書) (申請者記入欄) 下記の医療費にかかる福祉医療費の交付を申請します。 平成 年 月 日 住 所 〒 氏 名		
1 障がい者 2 一人親家庭等 3 子ども 4 その他1 (伊勢市一寡婦、紀宝町一老人) 5 その他2 (津市一妊産婦・精神障害者 御浜町一寡婦、紀宝町一寡婦)		市 町 コ ー ド		
※ 該当する番号を○で囲んでください。				
受給資格証番号	氏 名	性 別	生 年 月 日	
		1男・2女	1明・2大・3昭・4平 年 月 日	
医療費証明書 (第三者行為及び後期高齢者医療該当者を除く)				
診 療 月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月
一 部 負 担 割 合	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割
入 院 ・ 外 来 区 分	入 院 ・ 外 来	入 院 ・ 外 来	入 院 ・ 外 来	入 院 ・ 外 来
入 院 診 療 実 日 数	日	日	日	日
保 険 請 求 点 数 (額)	(円) 点	(円) 点	(円) 点	(円) 点
※1 一 部 負 担 額	円	円	円	円
公 費 ・ (長) 区 分				
公 費 請 求 点 数	点	点	点	点
公 費 ・ (長) 一 部 負 担 額	円	円	円	円
食 事 療 養	保 険 請 求 分	円	円	円
	標 準 負 担 分	円	円	円
	公 費 請 求 分	円	円	円
	公 費 標 準 負 担 分	円	円	円
処 方 せ ん 発 行 区 分	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
※2 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 番 号				
※3 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 名 称				
証 明 書 料	円			
上記のとおり診療を行い、所定の一部負担金を領収したことを証明します。				
医療機関コード	<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>	平成 年 月 日		
所在地				
医療機関等 開設者氏名				印
電話番号				

※1 一部負担額欄は、高額療養費が現物給付されたもののみレセプトの一部負担金額を記入してください。

※2 処方せん発行医療機関番号は、保険薬局にて記入してください。

※3 処方せん発行医療機関名称は、保険薬局にて記入してください。

提出年月を記入してください。

平成 26 年 5 月 10 日

平成 26 年 5 月送付分 福祉医療費紙媒体送付書

三重県国民健康保険団体連合会 様

保険薬局の所在地・名称・電話番号を記入してください。

住 所 〒 514 - 8888 三重県津市

桜橋2丁目

10桁(都道府県番号2桁(三重県24)+点数表コード1桁+保険薬局コード7桁)を記入してください。

名 称 連合会薬局

電話番号 059 - 111 - 8888

医療機関コード	2	4	4	0	5	0	8	8	8	8
点数表区分	医科	・	歯科	・	<input checked="" type="radio"/> 調剤	・	訪問看護			
療養費区分	柔整	・	鍼灸	・	マッサージ					
提出方法	<input checked="" type="radio"/> 領収証明書		・	領収証明一覧表						

該当する提出方法を○で囲んでください。

※ 該当する点数表区分又は療養費区分及び提出方法を○で囲んでください。

決定件数欄は国保連合会が使用する欄です。

《内訳》

市町コード	市町名	証明件数	決定件数 ※連合会使用欄	市町コード	市町名	証明件数	決定件数 ※連合会使用欄
001	津市	7件	件	053	木曾岬町	1件	件
002	四日市市	5件	件	056	東員町	件	件
003	伊勢市	件	件	059	菰野町	件	件
004	松阪市	3件	件	061	朝日町	件	件
005	桑名市	件	件	062	川越町	件	件
007	鈴鹿市	件	件	076	多気町	件	件
008	名張市	件	件	077	明和町	3件	件
009	尾鷲市	件	件	078	大台町	件	件
010	亀山市	件	件	081	玉城町	件	件
011	鳥羽市	2件	件	090	度会町	件	件
012	熊野市	件	件	103	御浜町	件	件
014	いなべ市	2件	件	104	紀宝町	件	件
015	志摩市	件	件	107	大紀町	件	件
016	伊賀市	件	件	108	南伊勢町	2件	件
				109	紀北町	件	件
					合計	25件	件

各市町毎に送付書の証明件数を記入してください。

証明件数合計を記入してください。

※ 市町別証明件数を記入してください。

医療機関コード									
県番号	区分	地区コード			連番			CD	
2	4	4	0	5	0	8	8	8	8

10桁(都道府県番号2桁(三重県24)+点数表コード1桁+保険薬局コード7桁)を記入してください。

領 収 証 明 書 送 付 書

平成 26 年 5 月 10 日

津 市(町)長 様

所在地 〒 514 - 8888 三重県津市

桜橋2丁目

医療機関等 名 称 連合会薬局

開設者氏名 保険 二郎

電 話 059 - 111 - 8888

保険薬局の所在地・名称・開設者氏名・電話番号を記入してください。

福祉医療費助成制度の対象となる者の領収証明書を下記のとおり送付いたします。

市 町 コ ー ド		0	0	1
送 付 月		平成 26 年 5 月		
証 明 件 数		25		件
内	障 が い 者	2		件
	一 人 親 家 庭 等	5		件
	子 ど も	15		件
訳	そ の 他 1 (※ 1)			件
	そ の 他 2 (※ 2)	3		件
郵 送 料				円

市町コード表より記入してください。

証明件数欄には合計件数を記入してください。領収証明書(個票)で1枚に4件記載ある場合は、4件と数えてください。

内訳欄には助成種別毎に証明件数を記入してください。

提出年月を記入してください。

保険薬局にて証明書料の件数の把握をする場合に記入してください。

※1 その他1 (伊勢市一寡婦、紀宝町一老人)

※2 その他2 (津市一妊産婦・精神障害者、御浜町一寡婦、紀宝町一寡婦)

1枚を保険薬局の控えとしてください。

※証明書料件数欄	
	件

福祉医療費領収証明書

津市(町)長様

- 1 障がい者
 - 2 一人親家庭等
 - 3 子ども
 - 4 その他1 (伊勢市一寡婦、紀宝町一老人)
 - 5 その他2 (津市一妊産婦・精神障害者
御浜町一寡婦、紀宝町一寡婦)
- ※ 該当する番号を○で囲んでください。

(福祉医療費助成申請書)

(申請者記入欄) 下記の医療費にかかる福祉医療費の交付を申請します。

平成 年 月 日

住所 〒

市町コードを記入してください。

氏名

市町コード

0 0 1

受給資格証番号	氏名	性別	生年	月	日
12345678	国保 太郎	1男・2女	1明・2大・3昭	4平	24年 1月 1日

受給資格証の番号を記入してください。

明書 (第三者行為及び後期高齢者医療該当者を除く)

	平成 26 年 4 月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月
一部負担割合	1割・2割 (3割)	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割
入院・外来区分	入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来
入院診療実日数	日	日	日	日
保険請求点数(額)	(円) 2,000 点	(円) 点	(円) 点	(円) 点
※1 一部負担額	円	円	円	円
公費・(長)区分				
公費請求点数	点	点	点	点
公費・(長)一部負担額	円	円	円	円
食事療養	保険請求分		円	円
	標準負担分	10桁(都道府県番号2桁(三重県24)+点数表コード1桁+医療機関コード7桁)を記入してください。	円	円
	公費請求分		円	円
	公費標準負担分		円	円
処方せん発行区分	有・無	有・無	有・無	有・無
※2 処方せん発行医療機関番号	2410509999			
※3 処方せん発行医療機関名称	連合会病院	10桁(都道府県番号2桁(三重県24)+点数表コード1桁+保険薬局コード7桁)を記入してください。		
証明書料	円			

保険薬局の場合のみ記入してください。

医療機関コード 2 4 4 0 5 0 8 8 8 8

平成 26 年 5 月 10 日

保険薬局の所在地・名称・開設者氏名・電話番号を記入し押印してください。

所在地 〒 514-8888 三重県津市桜橋2丁目
名称 連合会薬局
開設者氏名 保険 二郎
電話番号 059-111-8888

印

※ 高額療養費が現物給付されたもののみレセプトの一部負担金額を記入してください。

※ 2 処方せん発行医療機関番号は、保険薬局にて記入してください。

※ 3 処方せん発行医療機関名称は、保険薬局にて記入してください。

領収証明書コード表

項目名称	コード	内容
点数表コード	1	医科
	3	歯科
	4	調剤
	6	訪問看護
	7	鍼灸
	8	柔整
	9	マッサージ
市町村コード	001	津市
	002	四日市市
	003	伊勢市
	004	松阪市
	005	桑名市
	007	鈴鹿市
	008	名張市
	009	尾鷲市
	010	亀山市
	011	鳥羽市
	012	熊野市
	014	いなべ市
	015	志摩市
	016	伊賀市
	053	木曾岬町
	056	東員町
	059	菰野町
	061	朝日町
	062	川越町
	076	多気町
077	明和町	
078	大台町	
081	玉城町	
090	度会町	
103	御浜町	
104	紀宝町	
107	大紀町	
108	南伊勢町	
109	紀北町	
助成種別	1	障がい者医療
	2	一人親家庭等医療
	3	子ども医療
	4	その他 1
	5	その他 2

項目名称	コード	内容
性別	1	男
	2	女
年号	1	明治
	2	大正
	3	昭和
	4	平成
負担割合	1	1割負担
	2	2割負担
	3	3割負担
入外区分	1	入院
	Null	外来
公費・マル長区分	10	感染症予防医療法の結核治療・適正医療（37条の2）
	11	感染症予防医療法の結核治療・入院医療（37条）
	13	戦傷病者特別援護法・療養給付
	14	戦傷病者特別援護法・更正医療
	15	更生医療（障害者総合支援法）
	16	育成医療（障害者総合支援法）
	17	療養の給付（児童福祉法）
	18	原爆・特定疾病医療（10条）
	19	原爆・一般疾病医療（18条）
	20	精神保健法・措置入院（29条）
	21	精神通院医療（障害者自立支援法）
	22	麻薬取締法等による入院措置
	23	養育医療（母子保健法）
	24	療養介護医療・基準該当医療（障害者自立支援法）
	25	中国残留邦人等の医療支援給付
	28	一類感染症等の入院（37条）
	29	新感染症等の入院（37条）
	30	心身喪失等
	38	肝炎治療特別促進事業
	51	特定疾患治療研究事業
52	小児慢性特定疾患治療研究事業	
53	措置医療（児童福祉法又は知的障害者福祉法）	
54	難病の患者に対する医療等に関する法律	
66	石綿	
79	障害児施設医療（児童福祉法）	
99	高額長期疾病に係る特定疾病療養	
処方せん発行区分	1	発行あり
	Null	発行なし

<領収証明書（個票）記載要領>

この様式は、領収証明書・助成申請書併用です。

- 注意 ①第三者行為（損害賠償がある交通事故等）に係るものは、証明しないでください。
 ②後期高齢者医療制度の被保険者に係るものは、証明しないでください。
 ③医療保険の一部負担金を窓口で全く領収しない場合は、証明しないでください。
 ④上記以外で、公費負担で自己負担金がある場合は、当該公費を必ず記入してください。

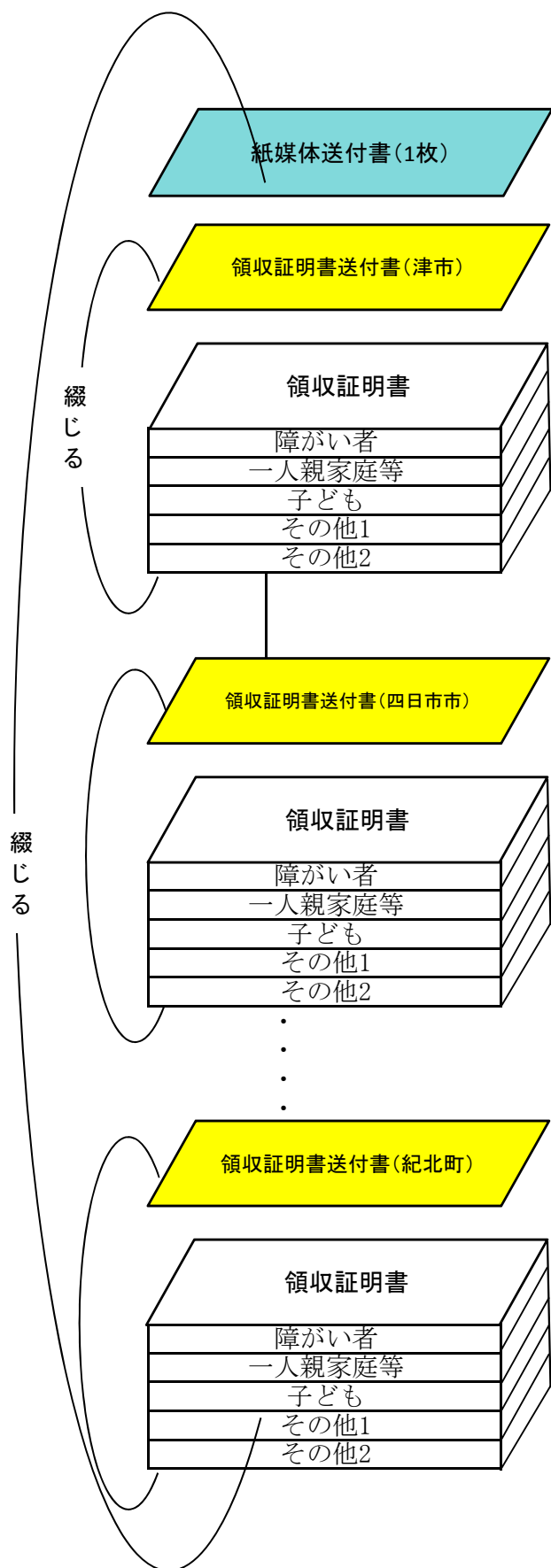
○領収証明書記入方法

1. 該当する福祉医療費助成制度の番号を○で囲んでください。
2. 市町コードを記入してください。
3. 受給資格証番号、氏名、性別、生年月日を記入してください。
4. 診療年月（和暦）を記入してください。（一枚の領収証明書に4ヶ月分まで記入できます。）
5. 一部負担割合欄には、申請者が加入する医療保険の負担割合を○で囲んでください。
6. 入院・外来区分には、外来を○で囲んでください。
7. 入院診療実日数は、記入しないでください。
8. 保険請求点数（額）欄には、レセプトの請求点数又は請求金額を記入してください。
9. 一部負担額欄には、高額療養費が現物給付されたもののみレセプトの一部負担金額を記入してください。
10. 公費・**長**区分には公費負担医療制度の法別番号を記入してください。**長**の法別番号は99です。
11. 公費請求点数欄には、レセプトの公費請求点数を記入してください。この欄は**長**の場合は記入しないでください。
12. 公費・**長**一部負担額には公費負担もしくは**長**にて生じた一部負担金を記入してください。
13. 食事療養欄は、記入しないでください。
14. 処方せん発行区分欄には、該当する区分（有・無）を記入しないでください。
15. 処方せん発行医療機関の医療機関等番号・名称を記入してください。
16. 証明書料欄は申請書の場合だけ記入してください。（証明書料は徴収しないでください。）
17. 医療機関コード、提出日、郵便番号、所在地、名称、開設者氏名、電話番号を記入してください。

○助成申請書記入方法

1. 領収証明方式によらない申請書方式の場合は、医療機関が証明した助成申請書を申請者が市町に提出してください。
2. 申請者が、市町名、申請者記入欄の住所、氏名を記入してください。
3. 証明欄の記入方法は、領収証明書の記入方法と同じです。

領収証明書（個票）の綴じ方



- ①紙媒体送付書は各医療機関1枚作成し、一番上に纏める。
- ②領収証明書送付書は市町単位で各1枚作成する。
- ③領収証明書は各助成種別順に綴じる。
- ④各市町単位に綴じる。
- ⑤各市町コード順で②③と同様に作成する。
- ⑥該当する市町をコード順に並べ、医療機関全体で綴じる。